Aus der Frauenklinik der Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg.
Dir. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sellheim.

Zur Charakteristik des Chorionepithelioma malignum.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der gesamten Medizin

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Margarete Dienemann
aus Halle a. S.

1923.
Buchdruckerei Wilhelm Brandt
Halle (Saale).

Geschichte.

Schon zu Hipprocrates Zeiten ist die Krankheit erwähnt; in erschöpfender Weise aber hat sie erst Marchand vor 28 Jahren erkannt und beschrieben. Mit einigen Ausnahmen enthält die große nachfolgende Literatur in den Hauptpunkten die volle Bestätigung von Marchands Auffassung.

Welches Bild gibt das Chorionepitheliom?

a) makroskopisch.

An der Innenfläche des Uterus sitzen die Tumoren als blutreiche, von helleren Streifen durchzogene Knoten, an denen oft schon mit bloßem Auge zottige Gebilde zu erkennen sind.

b) mikroskopisch.

Marchand unterscheidet zwei Formen: das typische und das atypische Chorionepitheliom. Für die typische Form ist charakteristisch das Fortwuchern der Geschwulst in den Gefäßen. Diese setzt sich zusammen aus Haufen von polyeidrischen, hellen, glykogenreichen Zellen vom Charakter der Langhansschen Zellen. In den Kernen dieser Zellen sind häufig Kernteilungsfiguren.— Umfaßt und durchsetzt sind diese Zellhaufen von unregelmäßigen Bändern dunkler gefärbter syncytialer Massen. An den Rändern des Knotens dringen die Zellmassen nicht nur in die Gefäße, sondern auch in das benachbarte Gewebe vor. Und zwar löst sich hier die geschlossene Anordnung auf, so daß die beiden Zellarten oft nicht mehr zu unterscheiden sind. Bei den atypischen Fällen ist die normale Anordnung ganz aufgegeben. Man findet isolierte Geschwulstzellen, selten zusammenhängende Geschwulstmassen. Charakteristisch ist der Wechsel der Zellformen: serotinale Riesenzellen, Langhanssche Zellen, syncytiale Wanderzellen. Diese Form hat im histologischen Bild Aehnlichkeit mit Sarkomen oder Carcinomen.

Ausgangspunkt der Geschwulst und Herkunft ihrer Bestandteile.

Verschiedene Anschauungen. Marchand beweist, daß die Geschwulst ihren direkten Ursprung aus dem Epithelbesatz der Zotten nimmt, und daß das Chorionepitheliom sich aus drei Zellarten zusammensetzt: Syncytium, Langhanssche Zellen, Wanderzellen, die von beiden Zellformen abstammen. Diese Zellarten stammen von fötalen Ektoblast ab.

Entstehung der Blasenmole.

Bei der Blasenmole ist die choriale Wucherung bedeutend stärker als bei normaler Schwangerschaft, einmal weil eine dauernde Zellproduktion des Zottenepithels stattfindet und dann, weil die Zellwucherung meist an der ganzen Peripherie der Zotte stattfindet. Die Serotina wird in viel größerem Maße zerstört als normalerweise. Ueber die Ursache dieser vermehrten Wucherung sind die Autoren verschiedener Meinung. Marchand sieht den Anlaß zur Blasenmolenbildung im Absterben des Foets. Dieser wird dann nicht mehr mit Blut versorgt, und deshalb bekommen die Chorionepithelien bessere Ernährung. Der Tod des Foets tritt nach Marchands Meinung durch primäre Schädigung des Eies ein, nach anderer Ansicht durch Schädigung des mütterlichen Organismus. Beim Chorionepitheliom finden wir eine Steigerung aller der Kräfte, die die Blasenmolenbildung herbeiführen, außerdem Metastasenbildung im übrigen Körper, welche hauptsächlich auf dem Blutwege stattfindet. Die Ursache für die Malignität hat man sich auf die verschiedenste Weise erklärt. Einigkeit über diesen Punkt ist noch nicht erzielt, auch weiß man nicht, warum bald eine typische, bald eine atypische Form auftritt. Sehr verschieden in der Malignität sind beide Arten nicht.

Differentialdiagnose: gutartig — bösartig.

In ausgesprochenen Fällen zeigen die Metastasen die Bösartigkeit des Tumors an; aber oft ist die Differentialdiagnose zwischen benignen and malignen Formen schwer oder garnicht zu stellen. Ein sicheres Urteil über die Bösartigkeit ist einzig und allein nach Ablauf des Falles zu fällen. Das klinische Bild muß zur Unterstützung herangezogen werden.

Ektopisches und teratogenes Chorionepitheliom.

Das Zustandekommen ektopischer Chorionepitheliome, d. h. solcher, die sich in verschiedenen Organen vorfinden können, ohne daß ein Haupttumor im Uterus vorhanden wäre, hat man sich verschieden erklärt. Schmorl hält die Geschwulstknoten für Metastasen eines malignen, partiellen Uterustumors, der durch Geburt oder Curettement, ohne eine Spur zu hinterlassen, entfernt wurde. Nach Marchand degenerieren die embolisch verschleppten Zotten einer normalen Placenta maligne. — Es gibt Neubildungen, die zwar nicht unter dem Einfluß der Schwangerschaft stehen aber doch chorionepithelgleiche Wucherungen und Metastasen zeigen. Sie sind bekannt in Teratomen des Hodens. Schlagenhaufer hat sich um ihre Erforschung besonders verdient gemacht. Risel fällt folgendes Urteil: „In Teratomen ist das Vorkommen von Gewebsformationen, die in ihren wesentlichen Eigenschaften mit dem Chorionepitheliom des Weibes übereinstimmen, zweifellos sicher gestellt." Ueber die Herkunft der teratogenen Chorionepitheliome hat man die Urteile folgendermaßen zusammengefaßt: Die Wucherungen chorionepithelialen Charakters gehen aus fötalem Ektoderem hervor, sind also histogenetisch den anderen ektodermalen Gebilden gleichwertig.

Ovarialveränderungen bei Chorionepitheliom.

Häufige Begleiterscheinungen sind mit Luteïngewebe ausgekleidete Ovarialcysten von verschiedener Größe. Sie stammen ans den Corpora lutea graviditatis oder menstruationis, womöglich sogar aus ungeplatzten Graafschen Follikeln. Den Zusammenhang zwischen Chorionepitheliom und Ovarialveränderungen haben sich die Autoren in ganz verschiedener Weise erklärt. Teils werden die Ovarialveränderungen, teils das Chorionepitheliom als primär angesehen. Das Ergebnis systematischer Untersuchungen war: Die Veränderungen am Eierstock haben nichts für Blasenmole und Chorionepitheliom Spezifisches. Sie bilden sich ähnlich wie bei intra- und extrauteriner Gravidität. Die Unterschiede gegen die normale Schwangerschaft sind nur gradnell.

Klinische Erscheinungen bei Blasenmole und Chorionepitheliom.

Das Chorionepitheliom tritt meistens nach Blasenmole, manchmal auch nach Abort und normaler Schwangerschaft auf. Besonders bei den letztgenannten Fällen kann das klinische Bild dem einer Blasenmole gleichen: Auffallend rasches Wachstum des Uterus, Dehnungsschmerzen, Fehlen der kindlichen Herztöne, Abgang von Schleim und Blut, manchmal von Blasen. Albuminurie, Nephritis, Oedeme schon in frühen Schwangerschaftsstadien, in schweren Fällen Eklampsie, Ovarialveränderungen. Oft aber deuten nur unregelmäßige Blutungen, zunehmende Anaemie und Kachexie auf das Vorhandensein der bösartigen Geschwulst hin.

Diagnose, Latenzzeit, Prognose.

Relativ leicht ist die maligne Geschwulst im Anschluß an Blasenmole festzustellen. Schwieriger ist schon die Diagnose nach normalem Abort und normaler Schwangerschaft. Die klinischen Erscheinungen können anderes vortäuschen. Man hat eine Probeabrasio zu machen mit anschließender mikroskopischer Untersuchung des Ausgekratzten, muß den Uterus austasten, eventuell aufschneiden und den Gesamteindruck der Patientin berücksichtigen. Die Latenzzeit kommt bei der Diagnosestellung nicht in Betracht, vielleicht einmal das Alter. Wie sich ein Chorionepitheliom mit langer Latenzzeit bilden kann, war vielen Autoren unklar. Für Marchand hat die Vorstellung gar nichts merkwürdiges. Andere embryonale Keime können noch länger latent bleiben,

bis sie maligne werden. Die Prognose ist stets dubiös, wenn auch gegen alles Erwarten Heilungen vorgekommen sind. Am günstigsten ist die Prognose nach Blasenmole. Diese Fälle verlaufen auch langsamer im Vergleich zu den nach Schwangerschaft und Abort rapid wachsenden Geschwülsten. Eine ganz besonders hohe Mortalität haben die Fälle mit langer Latenzzeit. Die meisten Patientinnen sterben an generalisierten Metastasen. Nur bei den Fällen mit langer Latenzzeit wird der Tod meist durch die deletären Wirkungen des Haupttumors hervorgerufen. Alles kommt auf eine möglichst frühzeitige Diagnose an.

Therapie.

Die einzig erfolgreiche Therapie ist die Radikaloperation des Uterus, und zwar sind die Grenzen der Operabilität weiter zu stellen als beim Carcinom oder Sarkom (Risel), weil die Metestasen ausheilen können, wenn der Haupttumor entfernt ist.

Anführung eines Falles von Chorionepithelioma malignum in der Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

Es handelt sich um eine 26jährige Frau, die im Februar 1923 nach verschiedenen vergeblichen Curettagen in der hiesigen Klinik eingeliefert wurde, und bei der nach vorhergegangener Ausräumung die Radikaloperation des Uterus vorgenommen wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein atypisches Chorionepitheliom. Interessant ist der Fall dadurch, daß er sich an eine normale Schwangerschaft anschloß und außerdem eine Latenzzeit von zwei Jahren hatte, was beides die Diagnose riesig erschwerte. Klinisch waren nur unregelmäßige Blutungen in Erscheinung getreten, die die Patientin als Aborte angesehen hatte, und die auch als solche mit Curettagen behandelt wurden, und endlich zunehmende Anaemie. Alles was über die Besonderheit der Fälle mit langer Latenzzeit bekannt ist, trifft auch hier zu: das Alter, keine Metastasen und das kollossal schnelle Umsichgreifen der Geschwulst im Uterus. Schon nach 3 Monaten nach den ersten alarmierenden Erscheinungen, ist der ganze Uterus ergriffen und der Uturusinhalt bereits in Zersetzung übergegangen. Die Frau wäre in kurzer Zeit an Anaemie und Kachexie zugrunde gegangen, wenn die Operation nicht so energisch eingegriffen hätte. Nierenschädigungen und Ovarialveränderungen hatten noch keine Zeit gehabt, sich auszubilden. Nachdem die Patientin die Operation überwunden hatte, erholte sie sich zusehends in der Klinik, bekam eine frischrote Gesichtsfarbe und nahm zu. Nach 3 Wochen konnte sie als geheilt entlassen werden.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN